

Intervención psicoterapéutica en adolescentes con trastornos disociales

Psychotherapeutic intervention in teenagers with dissociative disorders

Esp. Damaris González Martínez^{1*} <https://orcid.org/0000-0002-9163-5022>

Esp. Edeltes Cuenca Doimeadiós¹ <https://orcid.org/0000-0002-6483-6160>

Esp. Teresita de Jesús Hidalgo Rodríguez¹ <https://orcid.org/0000-0002-7712-7451>

¹Hospital Pediátrico Provincial Docente Octavio de la Concepción de la Pedraja. Holguín, Cuba.

*Autor para la correspondencia. Correo electrónico: damicelishl@infomed.sld.cu

RESUMEN

Introducción: los trastornos disociales constituyen un problema serio entre la infancia y la adolescencia, con posibles complicaciones psiquiátricas y legales, si no se tratan adecuadamente. La psicoterapia es una modalidad de tratamiento psicológico que favorece la disminución de síntomas y comportamientos en estos pacientes.

Objetivo: disminuir la co-morbilidad de los adolescentes con trastorno disocial.

Método: se realizó estudio de investigación-acción participativa en la escuela de conducta Luis Escalona Moles, municipio de Holguín, Cuba, durante el período enero - junio del 2017. La muestra estuvo constituida por 13 adolescentes, escogidos de forma aleatoria. Las variables estudiadas fueron: edad, sexo, escolaridad, área de salud, co-morbilidad, clasificación del diagnóstico según edad de inicio y gravedad de los síntomas. Se diseñó y aplicó intervención psicoterapéutica a pacientes, a través de técnicas de análisis cualitativas, con objetivos propuestos en cada una de las intervenciones.

Resultados: predominaron los adolescentes entre 14 y 15 años (46,1%), del sexo masculino (69,2%). La mayoría cursaba el 9no. grado y pertenecían al municipio de Holguín. El 100% de los menores tenían comorbilidad, con mayor frecuencia el trastorno por déficit de atención (46,2%), los síntomas leves fueron los más significativos (53,8%) y el inicio de estos en la adolescencia (61,5%).

Se lograron los objetivos en cada una de las sesiones psicoterapéuticas, con modificación de actitudes y pensamientos, mayor adecuación de su conducta y disminución de la comorbilidad, además de un impacto positivo en padres y profesores.

Conclusiones: la intervención aplicada se consideró efectiva, porque proporcionó una mayor adaptación social de estos menores y disminución de co-morbilidad.

Palabras claves: trastorno disocial, adolescente, psicoterapia.

ABSTRACT

Introduction: dissociative disorders are becoming a serious problem between childhood and adolescence, with possible psychiatric and legal complications, if not treated properly. Psychotherapy is a psychological treatment that favors the decrease of symptoms and the behaviors in these patients.

Objective: reduce co-morbidity of teenagers with dissociative disorders.

Method: a participatory action research study was conducted at Luis Escalona Mole Behavioral School from Holguín municipality, Cuba, during the period January – June, ²⁰17. The sample consisted of 13 teenagers chosen at random. The studied variables were: age, sex, scholarship, health area, co-morbidity, classification of the diagnosis according to age of onset and symptoms severity. Psychotherapeutic intervention was designed and applied to patients through qualitative analysis techniques, with proposed objectives in each of the interventions.

Results: the predominant age group was adolescents between 14 and 15 years of age (46.1%), and males (69.2%). Most of them were in the 9th grade and belonged to the municipality of Holguín. 100% of the children had comorbidity, most often attention deficit disorder (46.2%); mild symptoms were the most significant (53.8%), and the onset of these in adolescence (61.5%). The objectives were achieved in each of the psychotherapy sessions, with modification of attitudes and thoughts, better alignment of their behavior and comorbidity reduction, plus a positive impact on parents and teachers.

Conclusions: the intervention applied was considered effective because it provided a greater social adjustment for these children and decreased co-morbidity.

Key words: dissociative disorders, adolescent, psychotherapy.

Recibido: 28/03/2019.

Aprobado: 06/11/2019.

Introducción

Los llamados trastornos disociales, antes trastornos de conducta, están adquiriendo en el mundo occidental un carácter de epidemia, problema serio entre la infancia y la adolescencia. Los niños y jóvenes con trastornos disociales tienen como característica esencial un patrón de comportamiento persistente y repetitivo en el que se violan los derechos básicos de los otros o importantes normas sociales adecuadas a la edad del sujeto.

A partir de los años 80, la denominación “Trastorno de Conducta” es adoptada por la Asociación Panamericana de Psiquiatría para los niños, evitando el uso de la expresión «personalidad antisocial», que se utiliza en los adultos. Se intenta de este modo no poner al niño una etiqueta que implica mal pronóstico y escasas posibilidades terapéuticas. Ya en 1992 la Clasificación Internacional de Enfermedades de la Organización Mundial de la Salud opta por el término de trastornos disociales.⁽¹⁾

En la etiología de estos comportamientos están asociados factores neuro-biológicos, neuro-anatómicos, neuro-químicos, hormonales y genéticos, pero es evidente que no solo estos factores provocan la aparición del trastorno, pues la interacción familiar violenta y el maltrato físico durante la infancia forman parte de la historia personal de estos pacientes, la mayoría hijos de familias desestructuradas, de privación emocional desde edades tempranas, víctimas de abuso físico y sexual, expuestos a bajo nivel socioeconómico y con carencias de supervisión.^(2,3)

Asociado a todos estos factores y con gran influencia, están los cambios sociales, que exacerbaban, rodean y agobian las relaciones parentales tempranas, responsables del origen de conductas erráticas. Existe además un incremento de costumbres ambiguas y discordantes, derivadas de la modernización, industrialización, la movilidad, urbanización,

inmigración, nueva tecnología e inseguridad en el futuro, que erosionan los valores tradicionales de la sociedad.

Cuba no está exenta de esta problemática y en las últimas décadas ha tenido un incremento de niños y jóvenes con estos trastornos. En la provincia se cuenta con una institución en la cual ingresan niños y adolescentes provenientes de los diferentes municipios, que cursan desde 1ro. a 9no grados., escuela que cada día perfecciona su trabajo con carácter renovador y gran sensibilidad humana y enriquece las labores educativas de forma integradora.

En la búsqueda de cómo tratar a los adolescentes con trastorno disocial aparecen numerosos estudios sobre la terapia multisistémica o tratamiento multimodal, la cual se basa en intervenciones cognitivas-conductuales y parte de la concepción de que los seres humanos tienen imágenes y pensamientos (cognición), afectos y sensaciones (afectividad), sobre una base somática (biológico) y conductual en contextos interpersonales (familia, escuela).^(4,5)

Esta terapia está dirigida a mejorar su autoimagen negativa, su autoestima, la depresión y ansiedad que los conllevan a la autodestrucción, se les ayuda a la resolución de problemas y al autocontrol frente a la impulsividad, al entrenamiento frente a la escasa responsabilidad y a la falta de conciencia de los sentimientos de los otros, se modelan problemas relacionales entrenándolos en alternativas de su solución; se facilita la identificación de sentimientos y se les enseña a regular su expresión, se trabaja en reducir la conducta antisocial, para que se adapten mejor a la sociedad, pero además se trata de disminuir la co-morbilidad que ensombrece el pronóstico de este cuadro.⁽⁶⁾

Como parte del equipo multidisciplinario que elabora en esta escuela sin que barreras psicológicas como el escepticismo nos invadan, sentimos la necesidad de buscar estrategias de ayuda hacia estos pacientes, que no solo incluyera tratamiento farmacológicos, partiendo del carácter heterogéneo, tanto de la etiología como de las manifestaciones clínicas, nos motivamos a implementar una estrategia psicoterapéutica a pacientes con el objetivo de disminuir síntomas y establecer en mayor o menor grado modificaciones de comportamiento inadecuados, al mejorar la adaptabilidad y la co-morbilidad en esos pacientes.

Objetivo general: Lograr mayor adaptación social de los adolescentes con trastorno disocial.

Método

Se realizó un estudio de investigación - acción participativa, con metodología cuanti-cualitativa en el período de enero – junio 2017, con el objetivo de lograr la adaptación social de los adolescentes con trastornos disociales, para lo cual se diseñó, validó y aplicó una intervención psicoterapéutica dirigida a ellos en la escuela de conducta provincial Luis Escalona, perteneciente a la policlínica Rene Ávila, del municipio de Holguín, provincia de Holguín, Cuba. El universo estuvo formado por 51 alumnos matriculados de primer a noveno grados. La muestra se redujo a 13 adolescentes que cumplieron los siguientes requisitos: edad entre 10-15 años, grado de escolaridad, sexo e intensidad de las manifestaciones clínicas independientes y consentimiento informado para participar en la intervención.

Las variables estudiadas fueron: edad, sexo, escolaridad, área de salud, co-morbilidad, clasificación del diagnóstico según edad de inicio y gravedad de los síntomas; los métodos empleados fueron: metodología investigativa, método teóricos, hermenéutico y el empírico, con enfoque de observación participante que contiene la experiencia y la actividad médico-educativa del autor, Introducción parcial de los resultados con validación, fundamentalmente cualitativa, criterio de expertos para determinar la factibilidad de la estrategia y criterio de la comunidad médica como auxiliar del anterior.

A través de una planilla de recogida y vaciamiento de datos se caracterizó la muestra (objetivo No. 1), se realizó la clasificación del diagnóstico de trastorno disocial (objetivo No. 2), según criterios del Manual Diagnóstico y Estadística de los Trastornos Mentales, en su cuarta edición,⁽⁷⁾ para lo que se revisaron las historias clínicas, los expedientes acumulativos escolares de cada adolescente, examen psiquiátrico y caracterización psicopedagógica, que se clasificaron

En función de la edad de comienzo:

- Tipo de inicio infantil: se inicia por lo menos una de las características del trastorno disocial antes de los diez años de edad.
- Tipo de inicio adolescente: se inicia por lo menos una de las características del trastorno disocial después de los diez años de edad.

Según niveles de gravedad:

- Leve: pocos problemas de conducta. Presentan los requisitos mínimos para ser diagnosticados y los daños que causa son relativamente pequeños (mentiras, fugas escolares, permanencia sin permiso en la calle por la noche).
- Moderado: el comportamiento y su efecto sobre los demás es de leve a severo, hay hurto sin afrontar o dañar físicamente a las víctimas.
- Severo: múltiples problemas de conducta causan daños de consideración a otros (sexo forzado, crueldad física, uso de armas, robo con fuerza, robo con violencia).

Para identificar la co-morbilidad de los pacientes con trastornos disociales (objetivo No. 3) se realizó un examen psiquiátrico detallado a cada uno de los adolescentes, revisión de sus historias clínicas, así como la caracterización realizada por sus profesores. Además, se aplicó el Test de Kddie-Sad lifetime versión (Anexo 1), que consiste en una entrevista diagnóstica semi-estructurada, basada en criterios del DSM IV⁽⁷⁾, para determinar el trastorno por déficit de atención (TDA).

También se utilizó, para la detección de los trastornos depresivos, la escala autoevaluativa de depresión infanto juvenil (anexo 2), diseñada y avalada por comisión de expertos en la provincia de Santiago de Cuba, la que se utiliza a nivel nacional en todas las clínicas de salud mental para la atención a la edad infanto juvenil.⁽⁸⁾

Trastornos de co-morbilidad (variable cualitativa, nominal, politómica): cuando el paciente presentó alguna afección como enfermedad (no como síntoma aislado), asociada al trastorno disocial.

Los trastornos de co-morbilidad que se tuvieron en cuenta fueron: trastornos depresivos, trastornos del sueño, trastornos de somatización y trastornos por déficit de atención.

En el objetivo 4 se diseñó, validó y aplicó la intervención psicoterapéutica dirigida a pacientes con un enfoque cognitivo - conductual.

La estrategia de intervención estuvo dirigida a los elementos que centran su diagnóstico:

- Poco control de los impulsos.
- Baja tolerancia a las frustraciones
- Dificultades en las relaciones interpersonales
- Agresividad e irritabilidad.
- Dificultades para resolver los problemas adecuadamente.
- Poco control de la ira.
- Dificultades en identificar comportamientos que propician el incumplimiento de normas sociales.
- Baja autoestima, autovaloración negativa.
- Depresión.

Después de concebida la intervención, se reunió a un grupo de expertos para su valoración y luego fue aplicada. Los adolescentes seleccionados se incorporaron a grupos de psicoterapia cerrada, que se realizaron cada 15 días, teniendo en cuenta los objetivos trazados para cada intervención, por un período de cinco meses. Esta terapia siempre fue realizada en la escuela, en un local con las condiciones creadas para realizarla y favorecer la participación.

Concluida la aplicación de la intervención, como método terapéutico y para evaluar su eficacia, se realizaron:

- Nueva evaluación psiquiátrica.
- Re-evaluación psicopedagógica.
- Entrevistas a los padres para conocer el comportamiento de los adolescentes en el hogar.

En cada sesión se utilizaron técnicas cualitativas de presentación y de análisis ⁽⁹⁾, de acuerdo con los objetivos propuestos, y se describieron los resultados obtenidos durante el desarrollo de cada intervención.

En caso de los adolescentes en los que se diagnosticó inicialmente, durante el examen psiquiátrico y la aplicación de escala, trastornos depresivos se volvió a aplicar la escala autoevaluativa de depresión infanto juvenil.

La información se procesó mediante el sistema de procesamiento estadístico profesional. Los resultados se expresaron en porcentos y se expusieron en tablas para la interpretación de los datos arrojados durante el desarrollo de la investigación.

Resultados

Al analizar los adolescentes objeto de estudio (tabla I), se observó que predominaron los del sexo masculino, el grupo etáreo de 14 a 15 años, el 9no. grado de escolaridad y Holguín el municipio de mayor procedencia.

Tabla I. Distribución de los adolescentes con trastornos disociales, según edad, sexo, escolaridad y área de salud

Edad (años)	n	%
10 a 11	3	23,1
12 a 13	4	30,8
14 a 15	6	46,1
Sexo		
Femenino	4	30,8
Masculino	9	69,2
Escolaridad		
7mo	3	23,1
8vo	4	30,8
9no	6	46,2
Procedencia		
Holguín	11	84,6
Báguanos	1	7,7
Mayarí	1	7,7
Total	13	100

Fue la adolescencia la edad de inicio de los síntomas. (tabla II)

Tabla II. Clasificación de los adolescentes con trastornos disociales, de acuerdo con la edad de inicio y gravedad de los síntomas

Edad de inicio	n	%
Infantil	5	38,5
Adolescente	8	61,5
Nivel de gravedad de los síntomas		
Leve	7	53,8
Moderado	6	46,2
Grave	0	0
Total	13	100

Fuente: Historia clínica y expediente laboral.

En la investigación, el 100% de los adolescentes presentaron algún tipo de co-morbilidad (tabla III) y predominó el TDA con hiperactividad e impulsividad.

Tabla III. Trastornos de comorbilidad asociados en los adolescentes con trastornos disociales

Co morbilidad	n	%
TDA- hiperactividad-impulsividad	6	46,2
Trastornos depresivos	5	30,8
Trastornos de somatización	4	15,4
Trastornos del sueño	2	7,7

Fuente: Historia clínica. n=13

Estrategia psicoterapéutica de los adolescentes

Sesión 1. Establecer el contrato terapéutico.

Objetivos: Presentación de adolescentes, padres, maestros y equipo médico. Definir objetivos generales de la estrategia de intervención.

Técnicas de presentación: Mi expectativa (Definir el nombre y qué espero del grupo).

Sesión 2. Establecer comunicación e interacción entre el grupo de adolescentes.

Objetivos: Lograr mejorar la comunicación entre para iguales. Mejorar las relaciones interpersonales con adecuada comunicación.

Técnicas de presentación: La telaraña Técnica de análisis: Comunicación sin saber de qué se trata.

Sesión 3. Autovaloración reforzada.

Objetivos: Identificar comportamientos que propicien el incumplimiento de las normas y cómo estas interfieren en su adaptación social.

Técnicas de presentación: Mientras dure un fósforo y Técnica de análisis: Lluvias de ideas.

Sesión 4. Profundizar en el conocimiento de la conducta individual negativa y en la consecuencia de esta si no la modifican.

Objetivos: Lograr que los adolescentes tengan mayor conciencia de sus problemas de conducta. Técnicas de presentación: Presentación cruzada y Técnica de análisis: Ejercicios de papeles múltiples.

Sesión 5. Identificar en los adolescentes sus cualidades positivas.

Objetivos: Mejorar su autoestima, desarrollar seguridad y autoconfianza.

Técnicas de presentación: La pelota y Técnica de análisis: Corbata en la espalda.

Sesión 6. Modificar la percepción de su imagen.

Objetivos: Reforzar conductas positivas para eliminar conductas negativas y Mejorar autoestima.

Técnicas de presentación: Canasta revuelta y de análisis: El árbol de la vida.

Sesión 7. Entrenamiento de habilidades de solución de problemas.

Objetivos: Ayudar a identificar componentes de los problemas, soluciones alternativas y valorar consecuencias.

Técnicas de presentación: La silla vacía y Técnicas de análisis: El incidente.

Sesión 8. Desarrollar habilidades para el autocontrol de la ira.

Objetivos: Ayudar a que aprendan fórmulas alternativas sobre los problemas autocontrolando la ira.

Técnicas de presentación: La cadena de nombre y Técnica de análisis: Discusión de casos o situación.

Sesión 9. Desarrollo de habilidades cognitivas.

Objetivos: Favorecer los procesos de comprensión y memoria a largo plazo.

Técnicas de presentación: El objeto imaginario y Técnica de análisis: Lectura eficiente.

Sesión 10. Evaluación de logros en los adolescentes.

Objetivos: Valorar el impacto de intervención y cómo perciben la repercusión de la terapéutica aplicada en su comportamiento.

Técnicas de presentación: Nombre y gesto y Técnica de análisis: Reloj de sentimientos.

Tabla IV. Evaluación de los pacientes antes de la intervención y después

Evaluación	Antes de la intervención		Después de la intervención	
	n	%	n	%
Por psicología-psiquiatría				
Con trastornos depresivos	4	30,8	1	7,7
Con trastornos del sueño	2	15,4	0	0
Con trastornos somatización	1	7,7	0	0
Por evaluación con padres				
Mal comportamiento en la casa	13	100	4	30,8
Por evaluación con maestros				
Mal comportamiento en la escuela	13	100	4	30,8

Fuente: Entrevistas y examen psiquiátrico. n=13

Discusión

Investigadores consideran que la aparición del trastorno es más frecuente en las edades de 14 a 15, pues los adolescentes enfrentan tareas en su desarrollo psicológico, que, de no vencerlas adecuadamente, pueden enfermar. Entre esas se encuentran: lograr una adecuada orientación sexual, aceptación en su grupo de para iguales, orientación vocacional, aceptación de sí mismo y mantener la comunicación con su familia.⁽¹⁰⁾

Se apreció que la mayoría de los adolescentes pertenecían al sexo masculino, con el 69.2%. Estos resultados coincidieron con los estudios realizados por José Luis Dios de Vegas en la comunidad de Madrid,⁽¹¹⁾ donde se estima que en los varones la prevalencia es entre el 9% y 16% y en las niñas, del 2% y 9% (en relación con la población general de adolescentes).

Otros estudios señalan que a nivel de la población general la prevalencia de los trastornos disociales alcanza desde 1% hasta 10%. Es bastante más frecuente en varones que en hembras, con una proporción aproximada de 4:1; resulta importante considerar la existencia de características diferenciadas en el tipo de conductas que muestran niñas y niños, para establecer diferenciaciones de género en el fenotipo de estos comportamientos.^(12,13)

La autora supone que también estos resultados tienen que ver con las diferencias sustanciales en la educación de hombres y mujeres, que conllevan a que estas últimas tengan mejores habilidades para las relaciones interpersonales con mayor cercanía emocional.

Existió predominio de los adolescentes que se encontraban cursando el 9no. grado, con el 46.2%. Los adolescentes de noveno grado tienen edades entre 14 y 15 años, etapa cuando están en la búsqueda de su identidad, para lo cual la oposición a las normas sociales constituye una prueba de los límites del individuo en la construcción y reafirmación de la personalidad. También es sabido el estigma que pesa sobre estas edades como etapa conflictiva. ^(14,15)

Se apreció que existe un incremento de adolescentes con trastornos disocial en el municipio de Holguín, específicamente en las policlínicas Mario Gutiérrez y Pedro del Toro, (con tres casos cada una), con ingreso de menor número de estudiantes con trastornos disociales en el resto de los municipios de la provincia.

Se ha producido un incremento de población, durante las últimas décadas, principalmente en los núcleos urbanos y esto ha conllevado al deterioro progresivo de la calidad de vida en las ciudades, al ocurrir migración de personas del campo a la ciudad. Hoy el vértice que genera la vida moderna es abrumador y demanda muchas exigencias a las familias actuales, que muchas veces son imposibles de cumplir. Coinciden estos resultados en bibliografía encontrada. ⁽¹⁶⁾

En bibliografías revisadas aparece que las tasas más altas de delincuencia se dan en las grandes ciudades, donde existe mayor exposición de los jóvenes a hacinamiento, ruidos, difusión de límites familiares, sobre-información con mayores niveles de estrés. Hay un incremento del cambio social en cuanto a una creciente presencia de costumbres ambiguas y discordantes, derivadas de la inseguridad en el futuro, la movilidad y la inmigración, elementos que erosionan los valores tradicionales de la sociedad.

Al clasificar los trastornos disociales, según comienzo y gravedad de los síntomas (tabla II), se apreció que predominaron los trastornos de inicio, catalogados de adolescente.

La adolescencia es una etapa cuando existen importantes cambios biopsicosociales y se enfrentan tareas y problemas, que la hace más vulnerable al estructurar algún trastorno.

Vera et al., 2013, expresan por medio de un estudio de tesis doctoral que los adolescentes con trastorno disocial son altamente prevalentes y constituyen una de las principales causas de consultas recurrentes a centro de salud mental y generan diversas dificultades sobre el funcionamiento cotidiano de los individuos y su entorno social. Sin embargo, el inicio en estas edades del trastorno disocial se caracteriza por tener un mejor pronóstico, lo cual puede deberse a que en muchos casos la oposición o disrupción no implica una cristalización interna de la conducta agresiva, sino más bien una exteriorización de la agresividad presente en el joven.⁽¹⁷⁾

En la investigación existió predominio de los trastornos disociales leves, con el 38.5%, aunque no existe notable diferencia con el trastorno moderado (46,2%). Bibliografías revisadas refieren que en estos adolescentes predomina la falta de empatías, que se relacionan con una carencia de conciencia con respecto a las dimensiones de las consecuencias que sus actos tienen en los demás, falta de culpa, agresividad, poco control de su ira, desobediencia, mentiras y promiscuidad.

En la investigación el 100% de los adolescentes presentaron algún tipo de co-morbilidad (tabla III), en que predominó el TDA con hiperactividad e impulsividad, seguido de los trastornos depresivos y en menor proporción los trastornos de somatización y del sueño, lo que coincidió con literatura revisada.⁽¹⁸⁾

El niño con déficit cognitivo tiende a reaccionar con impulsividad e hiperactividad ante los factores ambientales estresantes, lo que facilita a la vez el maltrato por parte de los padres. El TDA tiene una gran prevalencia a nivel mundial, pues ocupa uno de los porcentajes más altos de motivo de consulta de psiquiatría infantil y sus características principales.⁽¹⁹⁾

Algunos trabajos refieren sintomatología depresiva en el 50% de los niños con trastorno de conducta y síntomas de ansiedad en el 22%, por lo que la idea suicida constituye expresión de la íntima frustración, desesperanza y sentimientos de ira y de venganza del menor, que se siente solo y abandonado.⁽²⁰⁾

En estudios realizados en otros países, como Estados Unidos de América (EUA), se estimó una prevalencia de depresión, entre niños de 9 a 17 años de edad, de alrededor del 5% en año 2009.

Discusión de la intervención por sesiones

En la primera sesión, que se realizó en conjunto, solo la minoría de los adolescentes y padres expresaron expectativas de mejorar sus problemas y así lo expresaron a través de gestos y palabras, otros manifestaron que tal vez en la institución educativa especial, donde se encuentran en estos momentos (Luis Escalona) y con ayuda del equipo médico, podían resolver las dificultades.

Se percibió que los padres no se sienten involucrados en la problemática de sus hijos, con falta de seguridad y confianza en ellos como educadores, desconocimiento acerca de la problemática que presentan sus adolescentes y carentes de información acerca del tema. Finalmente se logró motivación para la participación posterior en el resto de las intervenciones y se definieron los objetivos generales de la estrategia.

En la segunda sesión, inicialmente se evidenció en los adolescentes desconocimiento sobre una comunicación adecuada. Luego de profundas reflexiones durante la técnica de análisis, la mayoría de los menores comprendieron la importancia de la comunicación en las relaciones sociales y cómo esta influye en la solución de sus problemas. Se valoró que la comunicación debe ser clara, sincera, aceptar las individualidades de los demás, los criterios personales, comunicarse sin ofender y gritar, sin imponer, al permitir que los demás opinen sin ser interrumpidos y esperar cuando les corresponda hablar. Durante la intervención se pusieron ejemplos que permitieron realizar reflexiones profundas sobre el tema.

Durante la tercera intervención la mayoría de los adolescentes tuvieron dificultades para identificar sus problemas, solo se concretaron a plantear: “Nos portamos mal”, pero sin profundizar qué significado ello tiene, en qué áreas o esferas de sus vidas se comportaban así. Tampoco tenían conciencia de cómo estas conductas influyen en la adaptación con el medio. Se percibió falta de juicio crítico de su afección. Se reflexionó que es necesario tener conciencia de lo que se debe cambiar para poder modificar conductas y trazarse metas dirigidas a ser mejores seres humanos. Si no lograban definir individualmente “quién soy”, “cómo soy”, “para dónde voy” o “qué quiero para mi vida”, no es posible realizar cambios positivos en la misma. Finalmente, luego de varias reflexiones, se lograron los objetivos propuestos.

En la cuarta intervención la mayoría de los adolescentes sí lograron identificar sus comportamientos inadecuados, como poco control de sus impulsos, agresividad, desobediencia, dificultades para relacionarse, incumplimiento de los deberes escolares, dificultad para acatar órdenes y baja tolerancia a las frustraciones; sin embargo, casi la totalidad no conocían cuáles consecuencias les traerían tales actuaciones para sus vidas.

Se reflexionó intensamente sobre las consecuencias de sus actos, no solo para el presente, sino para su futuro y las repercusiones más frecuentes que se analizaron fueron: fracaso escolar, desvinculación del estudio y del trabajo, aparición de hábitos dañinos, como el alcohol u otras adicciones, desarrollo de afecciones mayores, como el trastorno antisocial con gran rechazo social y grandes implicaciones legales que pudieran terminar en la privación de la libertad.

Durante la quinta sesión: se trabajó con los adolescentes para que lograran identificar sus cualidades positivas y casi la totalidad de los menores no manifestaron tener virtudes, reflejaron autoestima muy dañada, inadecuada percepción de su imagen, pocos evidenciaron escaso conocimiento de sí mismos, se sienten como los “mas malos”, sin fortalezas, como consecuencia del reforzamiento de las conductas negativas que han tenido de sus familiares y demás personas que interactúan con ellos. Se hizo evidente durante el desarrollo de la intervención la tristeza, angustia y ansiedad enmascaradas por agresividad, rebeldía y fanfarronería

En la sexta intervención, la técnica de análisis estuvo dirigida a reforzar sus cualidades positivas, sus fortalezas; se trabajó en el desarrollo de una autoestima adecuada, al mejorar la confianza en sí mismos y modificar la percepción de su imagen; se les ayudó a encontrar factores protectores individuales para que se sintieran fortalecidos y les sirviera de apoyo para continuar o elegir un proyecto de vida; se trabajó en la importancia de una adecuada imagen personal y en la autovaloración, por lo que se considera que se lograron los objetivos propuestos, al mostrarse alegres, optimistas y con más seguridad en un posible cambio.

En la sesión séptima, se trabajó con los menores para que identificaran los componentes de los problemas, buscaran soluciones alternativas y valoraran consecuencias si los resolvían inadecuadamente. La mayoría carecía de habilidades para resolver los conflictos propios de la etapa del desarrollo en la cual se encuentran, escogieron soluciones negativas para resolver la situación propuesta. Muchos escogieron la violencia como método de solución, otros la mentira y la desobediencia.

Luego se logró que reflexionaran que solo estaban imitando conductas aprendidas en sus familias, conductas erráticas que solo los conllevarían al fracaso. Finalmente se consiguió que concientizara la importancia de la modificación de estos comportamientos para lograr una mayor aceptación social.

Se comienza la sesión octava reflexionando sobre la ira como un sentimiento que, de no ser controlado adecuadamente, pudiera traer consecuencias inesperadas. Estos adolescentes no tienen autocontrol y siempre la impulsividad está presente. Con la técnica de análisis realizada estuvo de manifiesto esta característica, pero se logró que la mayoría comprendiera que la impulsividad la aleja de las relaciones sociales, con múltiples consecuencias en la pareja, la escuela, la familia y la sociedad. En la discusión del caso empleado se analizaron soluciones sanas al problema y se les ayudó a pensar en métodos, formas y mecanismos de afrontamiento a las dificultades. Se percibió comprensión de la técnica.

La mayoría de los adolescentes en la intervención novena mostraron dificultades en los procesos de comprensión y en la memoria, al ser la intranquilidad y la distractibilidad sus principales causas, por lo que es importante el desarrollo cognoscitivo de estos menores, pues evidentemente influye para solucionar los problemas que se les presentan, por lo que se debe profundizar aún más en estrategias psicopedagógicas que traten esta alteración.

En la última sesión (décima) se aplicó una técnica de análisis para valorar el impacto en ellos de sus intervenciones. Todos los adolescentes mostraron satisfacción con las intervenciones realizadas, expresaron aceptación y motivación por todas las actividades ejecutadas. Se apreció que la gran mayoría se sintieron motivados para modificar actitudes, aceptaron que tienen verdaderas dificultades en su adaptación al medio y lograron entender que la única forma de mejorar es concientizando dónde están sus dificultades y cuáles serían las consecuencias, si no cambiaban de actitud.

Conclusiones

- La totalidad de los menores tenían co-morbilidad, con mayor frecuencia el trastorno por déficit de atención, seguidos por los trastornos depresivos, los de somatización y los trastornos del sueño.
- Predominaron los menores con diagnóstico de inicio en la adolescencia.
- La estrategia de intervención psicoterapéutica logró modificación de actitudes y pensamientos con mayor adecuación de la conducta, así como disminución de la co-morbilidad.

Referencias Bibliográficas

1. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5^{ta} ed. Washinton DC: American Psychiatric Association; 2014[citado 15/05/2017]. Disponible en: <http://dsm.psychiatryonline.org/doi/book/10.1176/appi.books.9780890425596>
2. Saad E. Salud Mental Infanto Juvenil: Prioridad de La Humanidad. Puerto Vallarta, Mexico: Ediciones Científicas Apal; 2010[citado 20/02/2020]. Disponible en: <http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/Salud%20Mental%20Infanto-juvenil%20Prioridad%20de%20la%20Humanidad.pdf>
3. Enciclopedia cubana. Proceso de enseñanza-aprendizaje. Cuba: Ecured; 2019 [citado 03/10/2019]. Disponible en: https://www.ecured.cu/Proceso_de_ense%C3%B1anza-aprendizaje
4. Rodríguez JJ, Kohn R, Aguilar Gaxiola S. Epidemiología de los trastornos mentales en América Latina y el Caribe. Washington, D.C.:OPS;2013[citado 31/01/2014]. Disponible en: <http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/740/9789275316320.pdf?sequence>
5. Gómez JA. Evaluación del Impacto del Modelo Acción Docente como Alternativa Pedagógica para el Manejo del Trastorno Disocial Escolar desde la Perspectiva Humanística. Inf Technol. 2018[citado 15/05/2019]; 29(6). Disponible en : <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-07642018000600143>
6. Mardomingo Sanz MJ, Sancho Mateo C, Soler López B. Evaluación de la comorbilidad y la ansiedad social en adolescentes con trastorno por déficit de atención con hiperactividad: Estudio SELFIE. An Pediatr. 2019[citado 24/10/2019]; 90 (6): 349-361. Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.anpedi.2018.07.014>
7. American Psychiatric Association. DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales. Barcelona: Elsevier- Masson; 2009.

8. González Llanesa FM. Instrumento de Evaluación Psicológica. La Habana: Ciencias Médicas; 2007.

9. Luther King M. Técnicas de participación. Equipo de educación popular. La Habana: Camino; 2000.

10. Bonilla Santos J, Bonilla Santos G, González Hernández A, Castaño Baquero LM. Desarrollo adaptativo y funcionamiento ejecutivo en niños con diagnóstico de trastorno disocial y trastorno de déficit de atención/ hiperactividad tipo hiperactivo-impulsivo. Rev Psicopatol Psicol Clinica. 2019 [citado 25 oct 2019];24(2):117–129. Disponible en: <http://revistas.uned.es/index.php/RPPC/article/view/22265>

11. Dios de Vega JL. Trastornos Disociales en la adolescencia. Estudio de su incidencia en la comunidad de Madrid. España: Editex; 2002.

12. Vergara Vera IA, Mayo Parra I. Recomendaciones para la prevención sicoeducativa escolar de trastornos del comportamiento en adolescentes. Transformación. 2019[citado 25 /10/2019]; 15(1): 52-62. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2077-29552019000100052&lng=es&tlng=es

13. Megías A, Llanos L .Intervención en problemas de conducta .Desarrollo socio afectivo. Madrid: Editex; 2019

14. Román Proaño ZG, Maldonado Manzano R, Barcos Arias I, Arreaga Farias G, del Pozo Franco P. La responsabilidad educativa del menor con trastornos en el comportamiento. Rev Dilema Contep Edu Polit Val.2 019 [citado 15 /10/2019];VI(2). Disponible en:

<http://files.dilemascontemporaneoseduccionpoliticayvalores.com/200004239-200bf2105a/19.01.25%20La%20responsabilidad%20educativa%20del%20menor%20con%20trastornos.....pdf>

15. Sosa Hernández J, Hernández Miranda T, Zaldívar Rodríguez JM, Páez Rodríguez Y. Trastorno disocial en niños con déficit de atención e hiperactividad. Rev Cienc Méd. 2017[citado 10 /02/2018]; 21(5). Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942017000500003

16. Armas Castro M. Prevención e intervención ante problemas de conducta. Madrid: Wolters Kluwer; 2007 [citado 02/03/2020. disponible en:

<https://books.google.com.cu/books?id=wQGH06VmR9UC&printsec=frontcover&dq=inauthor:%22Manuel+Armas+Castro%22&hl=es&sa=X&ved=0ahUKewiLmLmEmd7nAhUIac0KHaTBxIQ6AEIjAA#v=onepage&q&f=false>

17. Ramírez Pérez M. Tratamiento cognitivo-conductual de conductas disruptivas en un niño con TDAH y trastorno negativista desafiante. Rev Psicol Clín. Niños Adolesc. 2015[citado 10 /02/ 2019]; 2(1):45-54. Disponible en:

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4918613>

18. Rangel Araiza JF. El trastorno por déficit de atención con y sin hiperactividad (TDA/H) y la violencia. Salud Ment. 2014[citado 10/02/ 2019]; 37(1). Disponible en:

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252014000100009

19. Giménez García L. Tratamiento cognitivo-conductual de problemas de conducta en un caso de trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Rev Psicol Clín. Niños Adolesc. 2014[citado 10 feb 2019];1(1):79-88 Disponible en:

www.revistapcna.com/sites/default/files/14_09.pdf

20. Enciclopedia cubana. Trastorno disocial en niños no socializados. Cuba: Ecured; ene 2019 [citado 03 oct 2019]. Disponible en:

https://www.ecured.cu/Trastorno_disocial_en_ni%C3%B1os_no_socializados

Anexo 1

Suplemento de comprobación de Trastornos Conductuales Trastorno Hiperactivo por Déficit de Atención. (Kiddie-SADS-Lifetime versions)

- 1- Comete demasiados errores por descuido.
- 2- No escucha.
- 3- Dificultad para seguir instrucciones
- 4- Dificultad para organizar tareas ó labores.
- 5- Le disgusta/ evita tareas que requieren atención.
- 6- Pierde cosas.
- 7- Olvidadizo en actividades cotidianas
- 8- Inquietud
- 9- Corre o escala excesivamente.
- 10- Actos manejados de forma automática.
- 11- Dificultad para jugar en silencio.
- 12- Da respuestas impulsivamente.
- 13- Dificultad para esperar su turno
- 14- Interrumpe.
- 15- Cambia de actividades.
- 16- Habla en exceso.
- 17- Se involucra en Actividades Físicas Peligrosas.
- 18- Duración: (6 meses o más): 0 1 2
- 19- Edad de comienzo: (Antes de los 7 años): 0 1

Evidencia clínica de THDA (DSM-IV):

A. ya sea I ó II

Falta de Atención: 0 1 2

I. Debe cumplir 6 de los 9 síntomas: (Ítems 1 al 7 antes señalados)

Hiperactividad o impulsividad: 0 1 2

II. Cumple con los criterios al menos 6 de los 9 síntomas: (Ítems 8 al 14)

B. Duración de los síntomas de 6 meses al menos. 0 1 2

C. Algunos síntomas que causaron el deterioro comenzaron antes de los 7 años de edad. 0 1 2

D. El deterioro por los síntomas debe estar presente en dos ó más situaciones. (p.e. escuela, hogar). 0 1 2

E. Deterioro clínico significativo. 0 1 2

F. No cumple con los criterios para un trastorno persistente del desarrollo. 0 1 2

Evaluación de acuerdo a los datos que proporcione el informante y lo observado.

0 0 0 Sin información

1 1 1 Ausente

2 2 2 Subumbral: cuando los síntomas explorados suceden en ocasiones.

3 3 3 Umbral: cuando los síntomas explorados suceden con frecuencia.

Anexo 2

Escala auto evaluativa de Depresión Infanto – Juvenil

Preguntas:

1- ¿Te dan ganas de llorar?

2- ¿Te sientes de mal humor, enfadado?

3- ¿Piensas que la gente no te quiere?

4- ¿Piensas que tus amigos son mejores que tú?

5- ¿Te sientes triste?

6- ¿Sientes miedo que te sucedan cosas malas?

7- ¿Te gusta ser una persona diferente?

8- ¿Te dan ganas de dejar la escuela?

9- ¿Te sientes sin ganas de hacer lo que te piden en la casa o en la escuela?

10- ¿Piensas que te duele la cabeza?

11- ¿Piensas que te sale todo mal, que no haces nada bien?

12- ¿Tienes pesadillas de noche?

13- ¿Crees que eres malo?

14- ¿Te sientes cansado?

15- ¿Crees que deben castigarte más?

Evaluación

Casi nunca	1	Menos de 20 puntos No depresión
A veces	2	20 – 25 puntos Depresión Ligera
Muchas veces	3	26 – 30 puntos Depresión Moderada
		Más de 30 puntos Depresión Severa



Esta obra está bajo una [licencia de Creative Commons Reconocimiento-](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/)

[No Comercial 4.0 Internacional.](https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/)